

TANF ELIGIBILITY DETERMINATION DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD (TANF)

Michigan Department of Human Services

Nombre de la Agencia	Número del Contrato de DHS (si es aplicable)	Fecha de Servicio
----------------------	--	-------------------

Servicio Solicitado (marque todo lo que se aplica)

<input type="checkbox"/> Alivio de Desastre	<input type="checkbox"/> Servicios de Sostenimiento Directos
<input type="checkbox"/> Crédito de Impuesto de Ingresos Ganados	<input type="checkbox"/> Otro:

SECCION A – Secciones A y B deben ser completados por el solicitante.

Solicitante	Número del Caso (si es aplicable)
-------------	-----------------------------------

Pregunta 1: Usted debe estar embarazado o tener por lo menos un niño que vive en su hogar, relacionada por sangre, matrimonio o adopción, quién es menor de 18 años o 18 años y asistiendo a la escuela secundaria de tiempo completo

Sí con niño # Adultos _____ # Niños _____ Sí embarazado ▶ Vaya a pregunta 2.

Pregunta 2: Mi familia recibe la ayuda siguiente (marque todo lo que se aplica).

Programa de Asistencia en Efectivo Médica WIC ▶ Si usted no marcó ningún programa, vaya a pregunta 3.
 Programa de Asistencia de Alimentos Cuidado del Niño ▶ Si usted marcó algún programa, vaya a sección B.

Pregunta 3: Marque el tamaño de su familia (de #1 arriba) en la tabla abajo y marque SI o NO a la pregunta sobre sus ingresos. Ingreso significa el dinero que usted u otros miembros de su familia reciben. Ejemplos son: ingresos antes de deducciones, beneficios de Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplementario, otros beneficios de incapacidad, beneficios de desempleo, pensiones u otros Beneficios de Retiro, Compensación de Trabajadores, Sostenimiento para Niños, etc..

Si El Tamaño De Su Familia Es	Es Su Ingreso Mensual Menos De	Sí	No	Si El Tamaño De Su Familia Es	Es Su Ingreso Mensual Menos De	Sí	No
1	\$1,805	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	\$4,922	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	\$2,428	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	\$5,545	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	\$3,052	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	\$6,168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	\$3,675	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	\$6,791	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	\$4,298	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	\$7,414	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCION B – A mi mejor conocimiento, la información es exacta y completa.

Firma del Solicitante:	Date:
------------------------	-------

SECCION C – Determinación de Elegibilidad – Completado por el contratista o trabajador de DHS.

Nota: .Esta familia es elegible para el subsidio de TANF si Sí está marcado en Pregunta 1 y algún cuadro es marcado en Pregunta 2 o el cuadro Sí es marcado en Pregunta 3.

¿Esta familia es elegible para los servicios subsidiados por TANF?

Sí No

Firma del Trabajador de DHS o contratista::	Fecha:
---	--------

“De acuerdo con la ley Federal y política de U.S. Department of Agricultura (USDA) y U.S. Department of Health and Human Services (HHS), esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color origen nacional, sexo, edad, o la incapacidad. Según la Acta de Estampillas de Alimento y la política de USDA, la discriminación es prohibida también a causa de religión y creencia políticas.

Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA o HHS. Escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410 o llame a (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201 o llame a (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). USDA y HHS son proveedores y empleadores de oportunidad igual.”

AUTORIDAD: Acta de Soc. Sec. Act, Title IV, Parte A.

COMPLETACION: Voluntaria

PENALIDAD: No Servicios de TANF

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.